

P081-f

Répercussions sur l'activité professionnelle du syndrome post-commotionnel secondaire à un traumatisme crânien léger

A. Guervin, P. Coignard, S. Challos, J.-L. Le Guet *

CMRRF de Kerpape, BP 78 SRISP, 56275 Ploemeur cedex, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amandine.guervin@wanadoo.fr.

Mots clés : Traumatisme crânien léger ; Syndrome post-commotionnel ; Répercussions professionnelles**Objectif.**– Rechercher l'existence de répercussions sur l'activité professionnelle d'un syndrome post-commotionnel séquellaire d'un traumatisme crânien léger.**Population et méthode.**–

- bilan à 15 mois d'une étude prospective descriptive, en cours ;
- critères d'inclusion : victimes d'un TCL (traumatisme crânien léger) suivant la définition de « France Traumatisme Crânien » ; admis aux urgences ; âgés de 18 à 62 ans ; exerçant une activité professionnelle ;
- recherche d'un syndrome post-commotionnel (SPC) par le questionnaire de Rivermead par téléphone à un et trois mois ;
- échelle neuro-comportementale révisée (NRS-r) en consultation en cas d'évolution défavorable entre les deux questionnaires puis en consultation en CRF pour une évaluation neuropsychologique exhaustive et prise en charge ;
- questionnaire six mois par téléphone sur les répercussions professionnelles du TCL.

Résultats préliminaires.–

- 53 patients inclus ; 34 étudiés ici (les 19 autres n'étant pas aujourd'hui à six mois de leur TCL) ;
- 53 % (18/34) ont présenté un SPC à un mois du TCL, 44 % (15/34) persistant à trois mois ;
- 24 % (8/34) ont passé la NRS-R et 9 % (3/34) ont été pris en charge en rééducation, témoin d'une évolution défavorable ;
- 74 % (25/34) des patients ont eu un arrêt de travail d'un à 90 jours, (22 jours en moyenne).

Répercussions professionnelles du TCL à six mois : 35 % (12/34) en signalent une avec fatigue pour tous ; parmi ces 12, neuf indiquent des troubles mnésiques, et sept des troubles de la concentration et une lenteur motrice ; 100 % ont repris leur poste précédent à six mois ; un a changé de poste au sein de son entreprise par convenance et non pour inaptitude prononcée par le médecin du travail.

Conclusion.– Malgré la fréquence du SPC persistant à trois mois et les répercussions signalées par les victimes de TCL sur leur activité professionnelle, on constate leur maintien au poste sans aménagement nécessaire. Il conviendra de compléter le protocole par un entretien à distance pour s'assurer du maintien dans l'emploi et au poste précédent de ces patients.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.914>

P082-f

Occlusion par syndrome de la pince aorto-mésentérique : un diagnostic à connaître en post-réanimationS. Chapeau ^{a,b,*}, B. Glizec ^c, M. Barsan ^d, L. Tell ^c, G. Rode ^c^a Service de médecine physique et de réadaptation, hospices civils de Lyon, hôpital Henry-Gabrielle, 20, route de Vourles, 69230 Saint-Genis-Laval, France^b Équipe ImpAct, Inserm U1028, CNRS UMR 5292, centre de recherche en neurosciences de Lyon, université Claude-Bernard Lyon I, 69000 Lyon, France^c Service de médecine physique et réadaptation, hospices civils de Lyon, hôpital Henry-Gabrielle, Saint-Genis-Laval, France^d Service de radiologie, centre hospitalier Lyon Sud, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sara.chapeau@chu-lyon.fr.

Mots clés : Occlusion ; Syndrome de la pince aorto-mésentérique ; Amaigrissement ; Nutrition

Introduction.– Le syndrome de la pince aorto-mésentérique (SPAM) est un syndrome occlusif haut consécutif à une compression de la troisième portion du duodénum (D3) par une pince artérielle formée par l'artère mésentérique supérieure et l'aorte abdominale (tableau décrit pour la première fois par Rokitsky en 1861). Cette compression est favorisée par la disparition du tissu adipeux entre l'aorte et l'artère mésentérique. Elle est observée dans les états de maigreur ou de dénutrition sévères. Le tableau clinique est un syndrome subocclusif non fébrile avec aggravation rapide de l'état nutritionnel et troubles hydro-électrolytiques. Le diagnostic est confirmé par les examens d'imagerie qui montrent une dilatation duodénale en amont de l'obstacle associée à un arrêt linéaire en regard de D3. Le traitement est basé sur une renutrition, soit parentérale, soit entérale après pose d'une duodéno-jéjunostomie.

Cas clinique.– Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 29 ans, longiligne (68 kg pour 1,90 m) hospitalisé depuis cinq mois dans les suites d'un traumatisme crânien grave. L'évolution a été caractérisée par la survenue de complications graves neurologiques et infectieuses, associées à un amaigrissement progressif important (perte de 18 kg en quatre mois ; BMI = 14). Le patient a présenté dans ce contexte un tableau de vomissements, faisant craindre initialement une complication neurologique avec hypertension intracrânienne. Ce tableau a été associé à une déshydratation extracellulaire sévère. Le diagnostic de SPAM a été confirmé par le scanner abdominal montrant une distension gastro-duodénale jusqu'au niveau de la pince aorto-mésentérique, une distance aorto-mésentérique inférieure à 8 mm et un angle aorto-mésentérique inférieur à 20°. L'état général du patient a été amélioré par une alimentation parentérale puis par reprise progressive de l'alimentation entérale par gastrostomie après régression de l'épisode subocclusif.

Conclusion.– Le SPAM est un diagnostic rare auquel il faut penser devant un syndrome subocclusif chez un patient amaigri dans un contexte de post-réanimation. Cette complication souligne l'importance de l'évaluation et du suivi nutritionnel des patients admis en service de rééducation après séjour prolongé en réanimation.

Pour en savoir plus

SMAS: spectrum of CT findings with multiplanar reconstructions and 3-D imaging. Abdominal imaging

Santer R, et al Computed tomography in superior mesenteric artery syndrom. *Pediatr Radiol* 1991<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.915>

P083-f

Équipe mobile de MPR en neurochirurgie et en neurovasculaireE. Caron ^{a,*}, A. Peskine ^a, J. Lebreton ^b, M.-C. Metayer ^b, J. Goulier ^c, L. Puybasset ^c, P. Pradat-Diehl ^a^a Service de médecine physique et réadaptation, groupe hospitalier

Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Service de neurochirurgie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, France^c Service de réanimation neurochirurgicale, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elsa.caron@psl.aphp.fr.

Mots clés : Équipe mobile MPR ; Traumatisme crânien ; Suivi ; Neurochirurgie

Suite aux études récentes révélant un défaut de dépistage, de suivi et d'information concernant le handicap cognitif après lésion cérébrale acquise, une équipe mobile de MPR a été mise en place au sein d'un groupe hospitalier.

Objectif.– L'objectif est de recenser les patients cérébro-lésés, de les évaluer et de leur proposer un suivi adéquat. Nous vérifions la faisabilité d'un tel objectif. **Matériel/patients/méthode.**– L'équipe est composée d'un médecin et d'une psychologue spécialisée en neuropsychologie. L'objectif est une évaluation et une orientation de tous les patients hospitalisés en MCO après une lésion cérébrale acquise. Cette intervention est actuellement restreinte aux services de neurochirurgie et neurovasculaire.

L'équipe intervient chaque semaine en hospitalisation, en collaboration avec les assistantes sociales. L'évaluation clinique peut être suivie d'une hospitalisation,